

**DICHIARAZIONE ANNUALE FRUIZIONE BENEFICI LEGGE 104 (ART. 21 / ART. 33) – ANNO 2019**

Il/La sottoscritto/a, cognome \_\_\_\_\_ nome \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in servizio presso \_\_\_\_\_

a conoscenza delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa contenute nel D.Lgs. 445/2000 (TU in materia di dichiarazione sostitutiva di e, in particolare, delle sanzioni penali previste dall'art. 76. in caso di dichiarazione mendace e non veritiere e, delle norme contenute nel D.Lgs. 165/2001 artt. 55 quater e 55 quinquies, consapevole altresì, che l'amministrazioni può effettuare in qualsiasi momento i controlli sulla veridicità delle dichiarazioni presentate ai sensi degli artt. 71 e seguenti del TU anche mediante la richiesta della documentazione e certificazione probatoria che attesti quanto dichiarato

**DICHIARA**

- Che necessita delle agevolazioni per le condizioni legate alla propria situazione di disabilità (disabile per se stesso)
- art. 21 + invalidità pari o superiore ai 2/3 (solo precedenza graduatoria interna)
  - art. 33 (handicap in situazione di gravità)
- che il familiare da assistere \_\_\_\_\_ (precisare rapporto di parentela, figlio, coniuge, parente e affine) \_\_\_\_\_ (cognome e nome) è nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ed è residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_;
- di risiedere in comune situato a distanza stradale pari o superiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- di risiedere in comune situato a distanza stradale inferiore a 150 Km rispetto alla residenza della persona disabile con connotazione di gravità da assistere;
- che il figlio/a \_\_\_\_\_ è stato adottato/affidato in data \_\_\_\_\_ (data di ingresso del minore nella famiglia) con atto dell'autorità competente \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (come risulta dal provvedimento allegato);
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap* grave sono affetti dalle patologie invalidanti di cui al DM del 21 luglio 2000, n. 278, come da certificazione medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ allegata (eccezione per il terzo grado);
- che il coniuge o i genitori della persona in situazione di *handicap* grave sono mancanti (eccezione per il terzo grado) per:
- il coniuge ha compiuto i 65 anni
  - il/i genitore/i hanno compiuto i 65 anni
  - decesso
  - assenza naturale (celibato) e/o giuridica (divorzio - separazione legale abbandono) del coniuge per \_\_\_\_\_
  - assenza naturale (celibato) e/o giuridica (divorzio - separazione legale abbandono) del/i genitore/i per \_\_\_\_\_

- che il familiare da assistere non è ricoverato/a a tempo pieno presso istituti specializzati;
- che il familiare da assistere è ricoverato/a a tempo pieno presso \_\_\_\_\_ sito  
in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_;
- che l'assistenza è prestata nei confronti del disabile per il quale sono chieste le agevolazioni;
- che sono consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza del disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno - morale oltre che giuridico - a prestare effettivamente la mia opera di assistenza;
- che sono consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela dei disabile;
- che sono l'unico referente e che nessuna altro familiare fruisce a sua volta di permessi per l'assistenza alla persona disabile in situazione di gravità per il quale si chiedono i permessi mensili e al quale si presta assistenza;
- che mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegue la perdita della legittimazione alle agevolazioni.

*Luogo e data* \_\_\_\_\_

Il/La dichiarante